

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ – ВТОРОЙ ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

А.Р. Трубин

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Трубин Артур Равилович,

клинический ординатор кафедры травматологии
и ортопедии с курсом ИПО БГМУ,
450000, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3,
тел. 8 (347) 255-76-57,
e-mail: arturio222@mail.ru

В статье дана клинико-функциональная оценка 97 пациентов при эндопротезировании тазобедренного сустава. Разработаны критерии степени тяжести социально-психологической дезадаптации при данной патологии. Результаты исследования: наибольшее число больных (75,6%) представлено возрастной группой от 55 до 65 лет, высокий процент (67,5%) составили женщины. Диагностирован высокий удельный вес соматических заболеваний (4,3 на одного пациента), патологии костной системы – 94,7% (остеопороз). Обоснована целесообразность использования критериев степени тяжести социально-психологической дезадаптации при составлении программ реабилитации в послеоперационном периоде для ускорения реинтеграции и улучшения качества жизни больных.

Ключевые слова: травмы, заболевания тазобедренного сустава, эндопротезирование, социально-психологическая дезадаптация, реабилитация.

TO DEVELOP REHABILITATION PROGRAMMS – THE SECOND STAGE IN THE REHABILITATION OF INJURIES AND DISEASES OF THE HIP

A.R. Trubin

Bashkir State Medical University, Ufa

The paper presents the clinical and functional assessment of 97 patients with diseases of the hip. The criteria of severity of psychosocial maladjustment in this pathology were developed. Results: the greatest number of patients (75,6%) represented the age group of 55 to 65 years, a high percentage (67,5%) were women. Diagnosed with a high proportion of somatic diseases (4,3 per patient), and pathology of the skeletal system - 94,7% (osteoporosis). The expediency of the use of severity psychosocial maladjustment in the preparation of rehabilitation programs in the postoperative period were determined to accelerate the reintegration and quality of life of patients.

The key words: injury, illness hip arthroplasty, social and psychological maladjustment, rehabilitation.

Введение

Высокая распространенность заболеваний и травм тазобедренного сустава, нарушения функции сустава, сопровождающиеся длительной утратой трудоспособности, превращают медицинскую реабилитацию при этой патологии в важнейшую проблему здравоохранения. Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава

относятся к наиболее распространенным заболеваниям опорно-двигательного аппарата. По данным зарубежных и отечественных авторов, около 10-12% всего населения имеют клинические признаки остеоартроза [5]. Одной из наиболее тяжелых форм остеоартроза является деформирующий коксартроз. Стойкая утрата трудоспособности в связи с патологией тазобедренного сустава в структуре

общей инвалидности составляет от 14,6% до 37,6% [2,3]. При развитии дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава заметно изменяются показатели физического состояния больного вследствие нарушения биомеханики сустава и опорно-двигательной системы, прежде всего из-за наличия болевого синдрома.

Важнейшей проблемой современного здравоохранения также остаются травмы тазобедренного сустава, которые встречаются от 3,9% до 18% всех переломов трубчатых костей [1]. Наибольший процент среди этих больных – лица пожилого возраста (от 59 до 86 лет). Женщины среди этих пациентов составляют до 70% и более. Это объясняется особенностями женского организма с его эндокринными колебаниями, влияющими на развитие дигормонального остеопороза, более выраженными изменениями в процессе старения [4,5]. Учитывая низкие репаративные возможности организма в пожилом возрасте, наличие большого количества соматических заболеваний, результаты лечения травм и заболеваний тазобедренного сустава, как консервативного, так и хирургического не во всех наблюдениях являются благоприятными. Среди осложнений наиболее тяжелыми являются асептический некроз головки бедренной кости, ложные суставы, развитие контрактур, несращение отломков, укорочение конечности [5]. Учитывая наличие у большинства пациентов пожилого возраста психоэмоциональных нарушений, процессы выздоровления и реинтеграции значительно замедляются. Необходимость в постоянном уходе и осознание собственной обузы для окружающих приводит к эмоциональной депрессии [1].

В настоящее время эндопротезирование является самым надежным и затратно-эффективным методом из всего современного арсенала средств хирургического лечения тяжелых дегенеративно-дистрофических заболеваний и травм тазобедренного сустава. В настоящее время вопросы хирургической техники, стационарной помощи больным в определенной мере решены, однако, реабилитация больных и их социально-трудовая адаптация разработаны в значительно меньшей степени.

В последние годы реабилитация при хирургическом лечении травм и дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава разрабатывается во всем мире. Реабилитационные направления определяют новый подход к восстановительному лечению больных [6]. Восстановительный процесс после хирургического лечения включает двигательный режим, физические упражнения, массаж, дозированную ходьбу, тренировки по навыкам самообслуживания, соблюдение правильного режима нагрузки на конечность. Разработчики программ реабилитации подчеркивают, что каждый пациент нуждается в индивидуальной программе реабилитации с дифференцированным подходом, в которой участвуют физиотерапевт, инструктор ЛФК, психолог, психотерапевт.

Таким образом, при хирургическом лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний, травм

тазобедренного сустава и их неблагоприятных последствий проведение последующего восстановительного лечения (этапного физио-функционального) помогает опорно-двигательной системе приспособиться к новым условиям [6].

При составлении различных вариантов программ реабилитации соблюдается, как правило, этапность.

Цель исследования

Дать оценку клинико-функционального состояния больных при травмах и заболеваниях тазобедренного сустава. Обосновать целесообразность использования критериев степени тяжести социально-психологической дезадаптации при эндопротезировании данной патологии в создании индивидуальных программ реабилитации в послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Комплексное обследование больных с патологией тазобедренного сустава проведено 97 больным в возрасте от 20 до 86 лет. При обследовании применялись современные информативные методы: рентгенодиагностика, ультразвуковое сканирование, по показаниям – магнитно-резонансная томография. Локально определялась деформация тазобедренного сустава, длина нижних конечностей, патологическая подвижность. Для оценки состояния костной системы применялся метод денситометрии. Для оценки психоэмоционального статуса использовалось экспериментально-психологическое исследование по Спилбергеру-Ханину и Цунгу.

Результаты и обсуждение

Наибольшее число составили женщины (67,5%). Средний возраст обследованных – $58,4 \pm 2,7$ лет. Наибольшее число находилось в возрастной группе от 55 до 65 лет – 75,6%. По социальному положению все пациенты (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) были пенсионеры, из них 46,3% – работающие. Считают свои жилищные условия хорошими – 72, удовлетворительными – 15, плохими – 10 пациентов. Двадцать пять пациентов являются одиночками, не имеют близких родственников, обслуживаются социальными работниками.

При обследовании у всех пациентов диагностированы соматические хронические заболевания: гипертоническая болезнь (53), ИБС (61), остеопороз (93), катаракта (45), гастрит (36), сахарный диабет (35), хронический пиелонефрит (32), хронический бронхит (24), бронхиальная астма (17), железисто-кистозная мастопатия (15), эндемический зоб (12). На каждого больного в среднем приходилось 4,3 соматических заболевания. У женщин остеопороз имеет непосредственную связь с эстрогенной недостаточностью постменопаузального периода. Вредные привычки: табакокурение имели 30 женщин и 35 мужчин. Периодически употребляли алкогольные напитки 25 женщин и 30 мужчин.

В результате комплексного обследования установлены следующие диагнозы: коксартроз (24), асептический некроз головки бедренной кости (26), базальный перелом шейки бедра со смещением отрывков (22), закрытый субкапитальный перелом шейки бедра (7), чрезвертельный перелом тазобедренного сустава (10), односторонний субкапитальный перелом бедра (8). Применялись следующие методы лечения: DHS-фиксатор (8), двухполюсное эндопротезирование (89). В раннем послеоперационном периоде имели место следующие осложнения: образование гематом (2,6%), тромбоз глубоких вен нижних конечностей (4,9%).

По результатам экспериментально-психологического метода, а также с использованием совокупности таких данных как социальное, семейное положение, оценка семейного климата, жилищных условий, материального обеспечения пациенты были разделены на три группы по степени социально-психологической дезадаптации.

В первую группу (35) с оценкой по методу Спилбергер-Ханина от 18 до 30 баллов (низкая тревога) и с уровнем депрессии по Цунгу от 50 до 59 баллов (субдепрессивное состояние) вошли пациенты, состоящие в браке, неработающие пенсионеры, имеющие благоприятный семейный климат, хорошие жилищные условия. Пациенты первой группы характеризовались нерезко выраженной стрессовой реакцией на заболевание тазобедренного сустава. Полученные данные укладываются в оценку социально-психологической дезадаптации легкой степени.

Во вторую группу (37) вошли работающие пенсионеры с оценкой реактивной тревожности по Спилбергеру-Ханину от 31 до 45 баллов и депрессии по Цунгу от 60 до 69 баллов, живущие со взрослыми детьми в удовлетворительных жилищных условиях. Пациенты данной группы имели субдепрессивное состояние, снижение настроения, пониженный интерес к жизни, тревогу за вынужденность длительно не работать, за возможность неблагоприятного исхода болезни. Описанный статус укладывается в оценку социально-психологической дезадаптации средней степени.

Третью группу (25) с оценкой реактивной тревожности от 46 до 56 баллов по Спилбергеру-Ханину (высокая тревожность) и по Цунгу выше 69 баллов (легкая депрессия) составили одинокие пациенты, обслуживаемые социальными работниками, неработающие пенсионеры, имеющие неудовлетворительные жилищные условия. У пациентов данной группы имело место беспокойство, тревога, озабоченность за исход болезни, ощущение своей беспомощности. Описанный статус укладывается в характеристику социально-психологической дезадаптации тяжелой степени.

При всем разнообразии клинико-функциональных нарушений у больных с патологией тазобедренного сустава отдельные параметры являются наиболее клинически и прогностически значимыми, так как они характеризуют компенсаторные возможности организма на разных уровнях.

Заключение

Результаты проведенного комплексного обследования больных при эндопротезировании тазобедренного сустава при травмах и дегенеративно-дистрофических заболеваниях показали высокий процент (75,6%) среди пациентов возрастной группы от 55 до 65 лет, высокий удельный вес соматических заболеваний (4,3 на одного пациента), патологические изменения костной ткани (остеопороз) в 94,7% наблюдений.

С применением разработанных критериев степени тяжести социально-психологической дезадаптации установлен высокий удельный вес (74,2%) дезадаптации средней и тяжелой степени у больных при хирургическом лечении травм и дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава.

Разработанные критерии степени тяжести социально-психологической дезадаптации целесообразно использовать как компонент программы реабилитационных мероприятий при комплексном лечении травм и заболеваний тазобедренного сустава, что позволит ускорить реинтеграцию и улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Гринштейн Е.Я. Социальные аспекты эндопротезирования тазобедренного сустава / Е.Я. Гринштейн // VI съезд травматологов-ортопедов СНГ: Материалы. – Ярославль, 1993. – С. 208.
2. Корж А.А. Современные реальности в ортопедии и травматологии и перспективы развития специальности // Вестник травматологии и ортопедии. – 1997. - №1. – С. 3-5.
3. Корнилов Н.В. Состояние эндопротезирования крупных суставов в Российской Федерации / Н.В. Корнилов и др. // Эндопротезирование крупных суставов / Материалы симпозиума. – М., 2000. – С. 49-52.
5. Неверов В.А. Программирование реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренного сустава / В.А. Неверов, С.Х. Курбанов // Человек и его здоровье. Материалы: VIII Российский национальный конгресс. – СПб., 2003. – С. 62.
6. Цыкунов М.Б. Программа реабилитации при повреждениях и залеваниях крупных суставов / М.Б. Цыкунов // Человек и его здоровье. Материалы: VIII Российский национальный конгресс. – СПб., 2003. – С. 31.